

200 20 848 IV
WIS/SCC/WSI

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 22. Februar 2022

Verwaltungsrichterin Wiedmer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichterin Mauerhofer
Gerichtsschreiberin Schertenleib Gamero

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

IV-Stelle Bern
Scheibenstrasse 70, Postfach, 3001 Bern
Beschwerdegegnerin

betreffend Verfügung vom 26. Oktober 2020



Sachverhalt:

A.

Der 1965 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich erstmals im Februar 2015 unter Hinweis auf Angstzustände, "Hyperventilieren" sowie eine Schlafstörung bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, [act. II] 1). Nach einem Belastbarkeitstraining in der C._____ (act. II 20; 23, 30 S. 2 ff., 31) und stationären bzw. teilstationären sowie ambulanten psychiatrischen Behandlungen (act. II 49 S. 2; 56 S. 1; 78 S. 2 f.) liess die IVB den Versicherten in der MEDAS D._____ (nachfolgend MEDAS) polydisziplinär begutachten (Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie, Rheumatologie und Pneumologie; MEDAS-Gutachten vom 12. Januar 2017 [act. II 81.1 ff.]). Nachdem sie die leistungsablehnende Verfügung vom 24. Mai 2017 (act. II 90) wiedererwägungsweise aufgehoben hatte (act. II 94), veranlasste sie eine Begutachtung durch Dr. med. E._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (Gutachten vom 15. August 2017 [act. II 108.1]). Die gegen die Verfügung vom 17. Oktober 2017 (act. II 113), mit welcher die IVB eine IV-Rente abgelehnt hatte, erhobene Beschwerde (act. II 117/3 ff.) wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 23. Februar 2018 ab (IV/2017/1002 [act. II 122]). Dieses Urteil ist in Rechtskraft erwachsen.

Am 4. September 2019 (act. II 136/12) meldete sich der Versicherte erneut bei der IVB an (act. II 136). Die IVB holte verschiedene Berichte der behandelnden Ärzte ein (act. II 138, 149, 156) und veranlasste danach eine psychiatrische Begutachtung durch Dr. med. F._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ... Spital G._____, Psychiatrie (Gutachten vom 27. August 2020 [act. II 177.1]). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. II 178, 183) lehnte die IVB mit Verfügung vom 26. Oktober 2020 einen Rentenanspruch ab (act. II 185).

B.

Am 17. November 2020 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und ihm sei ab 1. März 2020 eine halbe Rente zu gewähren.

Mit Beschwerdeantwort vom 15. Dezember 2020 beantragte die IVB die Abweisung der Beschwerde.

Mit Replik vom 4. Januar 2021 und Duplik vom 26. Januar 2021 hielten die Parteien an ihren Anträgen fest.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 26. Oktober 2020 (act. II 185). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

Am 1. Januar 2022 ist die Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV; BBI 2020 5535 ff.) in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1 S. 370, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213) und die angefochtene Verfügung vor dem Inkrafttreten der IVG-Änderung vom 19. Juni 2020 datiert, ist der Rentenanspruch nach den bis 31. Dezember 2021 geltenden Normen (fortan aArt.) zu prüfen.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

2.2 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221). Es ist dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen „Validität“ der versicherten Person auszugehen ist (BGE 141 V 281 E. 3.7.2 S. 295).

2.3 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss aArt. 28 Abs. 2 IVG (in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung) besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.4

2.4.1 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]; vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351).

2.4.2 Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende (bzw. anspruchrelevant höhere) Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

2.4.3 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

2.4.4 Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhaltes vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2019 IV Nr. 39 S. 124 E. 5).

2.5 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2021 IV Nr. 54 S. 181 E. 2.3).

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung vom September 2019 (act. II 136) eingetreten. Folglich ist die Eintretensfrage durch das Gericht nicht zu überprüfen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Zu prüfen ist, ob zwischen der Verfügung vom 17. Oktober 2017 (act. II 117), bestätigt mit VGE IV/2017/1002, und der hier angefochtenen Verfügung vom 26. Oktober 2020 (act. II 185) eine wesentliche Änderung in medizinischer bzw. erwerblicher Hinsicht eingetreten ist, welche geeignet ist, den Invaliditätsgrad in anspruchsbegründender Weise zu beeinflussen (vgl. E. 2.4.2 hier-vor).

3.2 Die rechtskräftige Verfügung vom 17. Oktober 2017 (act. II 117) stützte sich in psychiatrischer Hinsicht auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. E. _____ vom 15. August 2017 (act. II 108.1). Dieser stellte keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er einen Verdacht auf dissoziative Störung, einen Status nach Anpassungsstörung, längere depressive Reaktionen, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0), Probleme in Verbindung mit Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit (ICD-10 Z56.-) sowie Probleme in Verbindung mit Wohnbedingungen und ökonomischen Verhältnissen (ICD-10 Z59.-; act. II 108.1/24 Ziff. 5.2). In der Beurteilung hielt der Gutachter fest, der Beschwerdeführer mache vor allem "Anfälle" für seine Arbeitsunfähigkeit verantwortlich. Auch in der gutachterlichen Untersuchung sei dies sein Hauptthema. Das Studium der umfangreichen Akten mit ausführlichen neurologischen und anderen somatischen Abklärungen führe zu dem Schluss, dass ein organisches Korrelat nicht zu finden sei. Die "Anfälle" könnten jedoch nicht eindeutig mit einer psychischen Störung erklärt werden. Möglicherweise bestehe eine dissoziative Störung, wobei die Kriterien der ICD-10 als nicht ganz erfüllt gelten könnten. Hieraus ergebe sich, dass maximal eine entsprechende Verdachtsdiagnose gestellt werden könne. In der gutachterlichen Untersuchung habe sich der Beschwerdeführer leidend, allenfalls leicht depressiv präsentiert. Während der ganzen Untersuchung sei es ihm möglich gewesen, sich adäquat mitzuteilen und ohne auch nur ein Anzeichen eines "Anfalls" oder einer Angstsymptomatik an der Begutachtung teilzunehmen. Es

seien auch keine verbalen oder nonverbalen Schmerzäusserungen festgestellt worden. Anzeichen für eine Panikstörung liessen sich aktuell ebenfalls nicht feststellen (act. II 108.1/28 Ziff. 6.1), ebenso wenig Hinweise für eine wahnhafte Störung. Eingedenk des klagsamen Zustandsbildes und des Eingebundenseins im sozialen Leben könne maximal von einer leichten depressiven Störung ausgegangen werden. Ungünstig sei, dass die Beurteilung der Fähigkeiten gemäss ICF nicht habe vorgenommen werden können. Schliesslich sei festzustellen, dass es Anzeichen einer Aggravation gebe. Diese seien sowohl in den Akten zu finden als auch in der aktuellen gutachterlichen Untersuchung. Hervorzuheben sei auch, dass die Angaben des Beschwerdeführers über Symptome zu verschiedenen Themen ungenau, unklar und zum Teil diskrepant gewesen seien. Da kognitive Defizite oder neurologische Ausfälle als Ursache dieser unklaren Angaben ausgeschlossen werden könnten, sei davon auszugehen, dass andere Faktoren dafür eine Rolle spielten. Hier sei vor allem an motivationale Faktoren zu denken (unter anderem ein sekundärer Krankheitsgewinn und Aggravation; act. II 108.1/29 Ziff. 6.1). Die Verdachtsdiagnose einer dissoziativen Störung könne aus versicherungspsychiatrischer Sicht nicht unberücksichtigt bleiben und habe zu einer Warnung vor Tätigkeiten mit Maschinen und Gerätschaften zu führen. Aus den diagnostizierten psychischen Störungen und Auffälligkeiten lasse sich aktuell aus versicherungspsychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen (act. II 108.1/29 Ziff. 6.2). Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für jegliche angepassten Hilfsarbeiten, d. h. ohne Tätigkeiten an Maschinen und Gerätschaften oder auf Gerüsten (act. II 108.1/30 Ziff. 6.3). Psychosoziale Belastungsfaktoren könnten eine erhebliche Rolle für die psychische Befindlichkeit des Beschwerdeführers spielen (act. II 108.1/31 Ziff. 6.7).

3.3 Den im Zusammenhang mit der Neuanschuldung eingereichten medizinischen Berichten ist im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.3.1 Im Austrittsbericht der Klinik H. _____ vom 19. Juli 2018 diagnostizierten Dr. med. I. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und J. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, – gestützt

auf einen stationären Aufenthalt vom 23. Mai bis 11. Juli 2018 –das Folgende (act. II 138/22):

1. Dissoziative Bewusstseinsstörungen (ED 2015; ICD-10 F44.9)
2. Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2).
3. Linksherzinsuffizienz, NYHA III-IV (ICD-10 I50.13)
4. Kardiovaskuläre Risikofaktoren: Hypercholesterinämie, arterielle Hypertonie, Nikotinkonsum, Adipositas Grad I (BMI 32 kg/m²), psychischer Stress
5. Asthma bronchiale (ICD-10 J45.8)
6. Schlafapnoe Syndrom mit CPAP Therapie (ICD-10 G47.39)
7. Chronische LWS Schmerzen bei Bandscheibenvorfall LWK4/5 mit Rezessusstenose 4/5 rechts und LWK5/SWK1 links
 - Lumbalgie mit pseudoradikulärer Ausstrahlung
 - Status nach epiduraler Infiltration
8. Benigne Prostatahyperplasie
9. Morphea, ausgeprägt auf Händen bds.
10. Vitamin D-Mangel

Insgesamt hielten sie fest, durch Biographiearbeit sei deutlich geworden, dass der Beschwerdeführer stark unter der massiven Mobbingsituation am Arbeitsplatz gelitten habe. Diese für den Beschwerdeführer maximal belastende Situation habe zum ersten Anfall geführt. Der Versuch, Stresstoleranzskills zu erarbeiten, die einen psychogenen Anfall verhindern könnten, habe sich ausserordentlich schwierig gestaltet, da der Beschwerdeführer zu wenig Zeit zwischen den ersten Anzeichen eines Anfalles und dem Eintreffen des dissoziativen Zustandes habe. Hierbei sei wenig Motivation des Beschwerdeführers spürbar gewesen, sich dennoch auf ein Skilltraining einzulassen (act. II 138/26).

Im Austrittsbericht der Klinik H._____ vom 21. Januar 2019 wurde – gestützt auf den stationären Aufenthalt vom 11. September bis 19. November 2018 – nebst den genannten Diagnosen nunmehr eine passiv-aggressive (negativistische) Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.81) diagnostiziert (act. II 138/9). Es bestehe neben der schwergradig depressiven Episode und den dissoziativen Anfällen eine Persönlichkeitsstörung mit vordergründig passiv aggressiven Anteilen, deren Manifestation in Zusammenhang stehe mit am Arbeitsplatz zunehmend erlebten multiplen Kränkungen. Vom Beschwerdeführer seien vermehrte impulsiv aggressive Verhaltenstendenzen benannt worden, die er mit Mühe unterdrückt und dadurch massive innere Anspannungen erlebt habe, welche letztlich erst durch die Entwicklung dissoziativer Anfälle in Form von Bewusstseinsstörungen zu einer für den ihn spürbaren Entlastung geführt haben. Diese

Zusammenhänge seien auch nach mehreren stationären Aufenthalten und intensiver Psychoedukation für den Beschwerdeführer nicht bewusst im Sinne von Ursache und Reaktion nachvollziehbar. Es bleibe unklar, ob hierfür alleine eine unzureichende Introspektionsfähigkeit oder auch ein unzureichendes Sprachverständnis verantwortlich seien. Der Beschwerdeführer erlebe durch die fehlende Fähigkeit, die bedingungsanalytischen Zusammenhänge zu verstehen, ein nahezu unerträgliches Gefühl der Hilflosigkeit und Ohnmacht, was wiederum den Teufelskreis der Symptomaktivierung über die passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung und das Kränkungserleben aufrechterhalte. Wiederholte Lebensüberdruss- und auch Suizidgedanken, affektive Instabilität, ausgeprägte depressive Reaktion der Stimmungen, chronisches Gefühl der inneren Leere (Anhedonie), unangemessene, sehr heftige Wut oder Schwierigkeiten, Wut angemessen zu kontrollieren mit unangemessener Protest- und Forderungshaltung, Externalisierung sämtlicher Änderungserwartungen ohne Fähigkeit, eigene Anteile zu reflektieren und Änderungen zu leisten, mit Kritik bis hin zu Verachtung gegenüber Vorgesetzten und anderen Autoritätspersonen in Konfliktsituationen seien die aktuell resultierenden Beschwerden, die gleichzeitig den Kriterien der negativistischen Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 entsprechen würden (act. II 138/12).

3.3.2 Im Austrittsbericht der Klinik K. _____ vom 19. März 2019 stellen PD Dr. med. L. _____, Facharzt für Neurologie, Dr. med. M. _____, Facharzt für Neurologie sowie Psychotherapie und Psychotherapie, und Assistenzarzt N. _____, – gestützt auf einen stationären Aufenthalt vom 20. Februar bis 8. März 2019 – die folgenden Hauptdiagnosen (act. II 138/3):

1. Psychogene nicht-epileptische Anfälle vom dialeptischen Typ (ED 2015)
2. Anhaltende, lang dauernde und therapieresistente depressive Störung
3. Kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen; ängstlich vermeidenden zwanghaften und z.T. abhängigen Merkmalen
4. Chronische LWS-Schmerzen bei Bandscheibenvorfall LWK 4/5 mit Rezessusstenose 4/5 rechts und LWK5/S1 links

Als Zuweisungsgrund wurde die Abklärung von rezidivierenden Episoden mit "Bewusstlosigkeit" seit vier Jahren genannt. Die Chronifizierung der Beschwerden, der Beginn der Anfälle im höheren Alter und vor allem die ausgeprägten psychiatrischen Komorbiditäten seien mögliche prädiktive

Faktoren für eine ungünstige Prognose. Aufgrund dessen stünde aktuell die Fortführung der psychiatrischen/psychotherapeutischen Behandlung der psychiatrischen/psychosozialen Komorbiditäten im Vordergrund (act. II 138/4).

3.3.3 Im Bericht vom 17. Juni 2019 diagnostizierte die behandelnde Psychiaterin Dr. med. O. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, eine längerdauernde, anhaltende, therapieresistente, depressive Störung, gegenwärtig mittlere bis schwere depressive Episode, ohne psychotische Symptome, mit wiederkehrender Suizidalität trotz konstanter psychopharmakologischer Behandlung; ICD-10 F32.1-2, kombinierte Persönlichkeitsstörungen mit emotional-instabilen, ängstlich-vermeidenden, zwanghaften und zum Teil abhängigen Merkmalen (ICD-10 F61.0), psychogene nicht epileptische Anfälle (PNEA) / dissoziative Störung (ICD-10 F44.9), chronische LWS-Schmerzen bei Bandscheibenvorfall LWK 4/5 mit Rezessusstenose 4/5 rechts und LWK5/SWK1 links (act. II 134/1). Seit Anfang 2018 habe eine wesentliche, progrediente und objektivierbare Verschlechterung des allgemeinen und vor allem psychischen Zustandes des Beschwerdeführers stattgefunden, die zwei länger dauernde Klinikaufenthalte notwendig gemacht habe. Durch eine seit Sommer 2017 kontinuierliche und intensive ambulante sowie durch die zwei längeren stationären Behandlungen sei gleichzeitig die diagnostische Beurteilung ergänzt worden mit der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung (act. II 134/2). Der Beschwerdeführer leide an einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit verschiedenen Formen der Persönlichkeitspathologie (emotionale Dysregulation, ängstlich-vermeidende, zwanghafte und abhängige Anteile). Sein maladaptives Persönlichkeitsprofil sei mit sozialer Gehemmtheit, Insuffizienzgefühlen, Überempfindlichkeit bei negativer Beurteilung und Vermeidungsverhalten in angstauslösenden Situationen und Abhängigkeit von anderen geprägt. Seine Tendenz zu strikter Anpassung und überkontrolliertem Verhalten spiele eine wichtige Rolle im maladaptiven Verarbeiten nachteiliger emotionaler Erfahrungen. In seinem Drang, Verhalten und wahre (negative) Emotionen strikt zu kontrollieren, "bewältige" er emotionale Konflikte durch Anfälle. Die Anfälle könne man als unwillkürliche, neuropsychologisch bedingte, maladaptive Manifestation seiner "Problemlösungsstrategien" sehen bzw. im Sinne einer Unfähigkeit, emotionale Erfahrungen zu verarbeiten.

Im Rahmen seiner schweren depressiven Störung leide der Beschwerdeführer an deutlich depressiver Stimmung mit Freud-, Hoffnungs- und Sinnlosigkeitsgefühlen. In Weiterem leide er an Verminderung des Antriebs, erhöhter Ermüdbarkeit und permanenter Müdigkeit. Er leide an innerer Unruhe und Reizbarkeit und/oder psychomotorischer Gehemmtheit. Er zeige ein deutlich vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen mit Scham- und Schuldgefühlen, insbesondere seiner Familie gegenüber. Er leide an Existenzängsten, negativen Zukunftsperspektiven bis zur Perspektivenlosigkeit. Dazu kämen Schlafstörungen, Libidoverlust und sozialer Rückzug. Zudem bestünden permanente Lebensüberdrussgefühle und passive Todeswünsche und immer wieder Suizidgedanken mit konkreten Handlungsvorstellungen (act. II 134/2).

3.3.4 In der Stellungnahme vom 29. Januar 2020 führte Dr. med. P._____, Facharzt für Innere Medizin, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), aus, die behandlungsseitig (psychiatrisch) behauptete Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit sei anhand der vorliegenden Angaben nicht plausibel nachvollziehbar. Es empfehle sich eine Nachbegutachtung (act. II 160/8). Der Entscheid zu einer neuen Begutachtung wurde von Dr. med. Q._____, Fachärztin für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, am 29. Januar 2020 bestätigt (act. II 161/2).

3.3.5 Im psychiatrischen Gutachten vom 27. August 2020 diagnostizierte der Psychiater Dr. med. F._____ das Folgende:

- Dissoziative Störung mit psychogenen nicht-epileptischen Anfällen - PNEA (ICD-10: F44.9)
- Kombinierte Persönlichkeitsstörung mit vor allem ängstlich-vermeidenden und abhängigen, aber auch histrionischen Anteilen (ICD-10: F61.0)
- Rezidivierende depressive Störung, aktuell leichtgradige Ausprägung (ICD-10: F33.0)
- Chronifizierte lumbalgiforme Schmerzproblematik
- Status nach PTSD in der Adoleszenz

Er führte aus, mehr in den Vordergrund rückende interaktionelle Schwierigkeiten mit gleichzeitig auffallender Regression hätten zur Erhebung der Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung bei fortdauernden psychogenen Anfällen und einer weitgehenden Behandlungsresistenz geführt. Aus diesem Grund sei eine erneute IV-Anmeldung gemacht worden (act. II 177.1/23). Bei der aktuellen Untersuchung habe sich der Beschwer-

deführer leidend, dünnhäutig, die Beschwerden betonend mit einem Hang zur Dramatik, aber auch verbittert und mit einer depressiven Grundstimmung, geprägt durch Antriebslosigkeit, Perspektivenlosigkeit, Selbstwertproblematik, sozialen Rückzug und Schlafstörungen gezeigt. Zudem imponierten ausgeprägte Ängste vor Zurückweisung und Entwertung. In den Vordergrund seiner Beschwerden stelle der Beschwerdeführer die immer wieder auftretenden nicht-epileptischen Anfälle. Für Panikattacken oder ausgeprägtere Angstsymptome seien keine weiteren Hinweise zu finden. Bei der Beschwerdevalidierung habe sich allerdings eine negative Antwortverzerrung gezeigt, auch die Konsistenzprüfung habe ein auffälliges Bild ergeben, was die Tendenz zur Aggravation unterstreiche.

Zusammengefasst könne unter Berücksichtigung der Aktenlage und der Anamnese festgestellt werden, dass schon seit vielen Jahren auffällige Persönlichkeitszüge beschrieben würden, durchgehend auch dissoziative Zustände im Sinne von nicht-epileptischen Anfällen. Augenfällig sei zudem die Verstärkung der interaktionellen Problematik des Beschwerdeführers unter psychosozialer Belastung mit weiterführender Regression und fehlender Wirksamkeit von Medikamenten. Diese Entwicklung lasse die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung zu, die auch von der aktuellen klinischen Beurteilung her plausibel sei. Somit sei eine deutliche Verschlechterung des Zustandsbildes eingetreten und es könne eine Diagnose gestellt werden, die in dieser Form bisher nicht gestellt worden sei, nämlich die der kombinierten Persönlichkeitsstörung (act. II 177.1/24).

Problematisch sei bereits bei den ersten Gutachten die Aggravationstendenz gewesen. Auch bei der jetzigen Untersuchung habe eine negative Antwortverzerrung beobachtet werden können und damit substanzielle Zweifel an der Gültigkeit der gelieferten Beschwerdeschilderung. Einerseits zeigten Verlauf, Alltagsbeeinträchtigung, auch fremdanamnestisch bestätigt, und Therapieresistenz eine relevante psychiatrische Erkrankung, die die Arbeitsfähigkeit beeinträchtige. Andererseits imponierten immer wieder Tendenzen zu Aggravation und Verdeutlichung (act. II 177.1/24 f.). Aus realistischer Sicht sei angesichts des Verlaufs und auch der berufspraktischen Abklärungen und unter Berücksichtigung vor allem der deutlichen Persönlichkeitsstörung von einer 50%-Arbeitsfähigkeit auszugehen.

Die genaue Verteilung der Einschränkung auf Volumen und Leistungsfähigkeit müsste allenfalls im Rahmen einer arbeitsmarktlich-medizinischen Abklärung objektiviert werden (act. II 177.1/25). Seit Februar 2015 sei der Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit als ... nicht mehr arbeitsfähig (act. II 177.1/26). Eine optimal angepasste Tätigkeit impliziere wechselbelastende Arbeiten in einem zugewandten Umfeld mit einfachen und repetitiven Aufgaben ohne zu grossen Zeitdruck (act. II 177.1/27). Grundsätzlich sei davon auszugehen, dass ein Arbeitsvolumen von 70 % möglich sein sollte, das heisse sechs Arbeitsstunden täglich. Die Leistung sei wohl um 30 % reduziert vor allem aufgrund der persönlichkeitsbedingten interaktionellen Schwierigkeiten und Störung von Konzentration und Durchhaltefähigkeit. Die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit betrage insgesamt 50 % (act. II 177.1/27). Es sei davon auszugehen, dass seit Februar 2015 auch in einer angepassten Tätigkeit eine gewisse Einschränkung vorgelegen habe, die angesichts der damals nachgewiesenen Aggravation nicht quantifiziert werden könne. Eine Verschlechterung der psychischen Situation sei spätestens mit der psychiatrischen Hospitalisation im Mai 2018 erfolgt, seit diesem Zeitpunkt sei von einer auch weiterhin geltenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 50 % auszugehen, auch wenn intermittierend höherprozentige Arbeitsunfähigkeiten bestanden hätten (act. II 177.1/28).

3.4

3.4.1 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.4.2 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kennt-

nis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision – bzw. hier im Neuanmeldungskontext – erstellten Gutachtens hängt wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht (SVR 2018 IV Nr. 13 S. 40 E. 4.2 und 4.2.1).

3.5 Die rechtskräftige Verfügung vom 17. Oktober 2017 (act. II 117), welche hier den Vergleichszeitpunkt bildet (vgl. E. 3.1 hiervor), stützte sich in psychiatrischer Hinsicht auf das Gutachten von Dr. med. E. _____ vom 15. August 2017 (act. II 108.1). Mit VGE IV/2017/1002, E. 3.4, wurde entschieden, dass dieses Gutachten vollen Beweis erbrachte, da es die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen erfüllte (act. II 122/18). Dieses Gutachten war hinsichtlich Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung insgesamt nachvollziehbar begründet (act. II 122/19). Das Gericht hielt fest (E. 3.4.1), dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers massgeblich durch invaliditätsfremde Faktoren wie sekundären Krankheitsgewinn und Aggravation beeinflusst worden sei. Der Gutachter Dr. med. E. _____ habe objektiv fassbare Indizien genannt, die den (indirekten) Schluss auf Aggravation hinreichend und nachvollziehbar begründeten. So habe die getroffene Schlussfolgerung, wonach es "Anzeichen einer Aggravation" gebe (act. II 108.1/29), auf einer testmässigen Erhebung basiert (act. II 108.1/24) sowie auf einer ungenauen, unklaren und zum Teil diskrepanten Symptomschilderung des Beschwerdeführers (act. II 108.1/21/29). Insbesondere habe keine eindeutige Beurteilung der Fähigkeiten mittels ICF (Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen) erfolgen können, weil sich die Angaben des Beschwerdeführers als zu diskrepant zur Verhaltensbeobachtung erwiesen hätten (act. II 122/20). In VGE IV/2017/1002, E. 3.5.1, konnte die Frage, ob die Leistungseinschränkung

ausschliesslich auf eine Aggravation zurückzuführen sei mit der Folge, dass von vornherein keine versicherte Gesundheitsschädigung vorläge, offenbleiben (act. II 122/21). Denn so oder anders habe gestützt auf das Gutachten von Dr. med. E. _____ mit Bezug auf eine angepasste Tätigkeit respektive für jegliche angepassten Hilfsarbeiten, d.h. ohne Tätigkeiten an Maschinen und Gerätschaften oder auf Gerüsten, eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestanden, was mit Blick auf die im Gutachten erhobene, allein bescheidene Befundlage überzeugt habe (act. II 122/21 f.). Infolgedessen ist für die Beurteilung des Gesundheitszustandes bei Erlass der Verfügung vom 17. Oktober 2017 ebenfalls auf das Gutachten von Dr. med. E. _____ vom 15. August 2017 (act. II 108.1) abzustellen.

Demgegenüber ist mit VGE IV/2017/1002 ausdrücklich entschieden worden, dass dem MEDAS-Gutachten vom 12. Januar 2017 (act. II 81.1) in psychiatrischer Hinsicht kein Beweiswert zukomme. Laut VGE IV/2017/1002, E. 3.3.3, stellte der psychiatrische MEDAS-Gutachter im Teilgutachten fest, der Beschwerdeführer habe im Psychostatus aggraviert und dessen Passivität sei durch einen "starken sekundären Krankheitsgewinn" gefördert worden bzw. er habe machen können, was er wolle, man habe sich um ihn gekümmert. Entsprechend habe der Gutachter zur Konsistenz festgestellt, er sei vom Bestehen der geltend gemachten Behinderungen nur teilweise überzeugt worden. Hinzu komme, dass der psychiatrische Gutachter sowohl aufgrund der dissoziativen Störung wie auch der Agoraphobie "keinen ständig aktiven Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit" attestiert, sondern lediglich festgehalten habe, dass das Führen von Maschinen und das Arbeiten in Gefahrenbereichen nicht möglich sei. Auch hinsichtlich der als leicht eingestuften depressiven Störung habe er lediglich "wenig Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit" anerkennen können. Gemäss VGE IV/2017/1002, E. 3.3.3, wiesen all diese Umstände auf einen geringen Ausprägungsgrad einer potentiell invalidisierenden psychischen Beeinträchtigung hin, weshalb die dennoch attestierte hochgradige Arbeitsunfähigkeit von 65 % hinsichtlich der den Leiden angepassten Tätigkeiten nicht schlüssig war (act. II 122/17).

3.6 Somit ist der medizinische Sachverhalt in psychiatrischer Hinsicht (in somatischer Hinsicht vgl. E. 4 hiernach) bis zum Erlass der Verfügung

vom 17. Oktober 2017 (act. II 113) im Sinne der obigen Ausführungen festgelegt. Dieser ist zu vergleichen mit demjenigen, wie er sich im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 26. Oktober 2020 (act. II 185) darlegte. Letztere stützte sich in psychiatrischer Hinsicht auf das Gutachten von Dr. med. F. _____ vom 27. August 2020, welches grundsätzlich die Anforderungen an den Beweiswert einer medizinischen Expertise erfüllt (vgl. E. 3.4.2 hiervor), denn die darin enthaltenen Ausführungen und Feststellungen beruhen auf eingehenden fachärztlichen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. In seiner Beurteilung ging Dr. med. F. _____ davon aus, dass schon seit vielen Jahren auffällige Persönlichkeitszüge beschrieben worden seien, durchgehend auch dissoziative Zustände im Sinne von nicht-epileptischen Anfällen; zudem bestehe eine Verstärkung der interaktionellen Problematik des Beschwerdeführers unter psychosozialer Belastung mit weiterführender Regression und fehlender Wirksamkeit von Medikamenten. Der Gutachter führte aus, dass eine deutliche Verschlechterung des Zustandsbildes eingetreten sei, weshalb die Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung gestellt werden könne (act. II 177.1/24). Er hielt zudem fest, dass einerseits eine relevante psychische Erkrankung vorliege, was Verlauf, Alltagseinträchtigung und Therapieresistenz zeigten (act. II 177.1/25). Dr. med. F. _____ führte weiter an, dass angesichts des Verlaufs, der berufspraktischen Abklärungen und vor allem der deutlichen Persönlichkeitsstörung lediglich eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bestehe (act. II 177.1/25). Dr. med. F. _____ ging davon aus, dass für die Zeit ab Februar 2015, spätestens seit der psychiatrischen Hospitalisation im Mai 2018, eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten sei (act. II 177.1/28 Ziff. 5).

Wie nachfolgend aufgezeigt, handelt es sich bei seiner Einschätzung lediglich um eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhalts. Anlässlich der jeweiligen Untersuchungen zeigten sich bei Dr. med. E. _____ und bei Dr. med. F. _____ ähnliche Befunde. Letzterer beschrieb den Beschwerdeführer als leidend, dünnhäutig, die Beschwerden betonend mit einem Hang zur Dramatik, aber auch verbittert und mit einer depressiven Grundstimmung, geprägt durch Antriebslosigkeit, Perspektivlosigkeit, Selbstwertproblematik, sozialem Rückzug und Schlafstörungen (act. II

177.1/25). Im Vergleich dazu hatte sich der Beschwerdeführer bereits bei Dr. med. E. _____ als leidend, allenfalls leicht depressiv präsentiert (psychiatrisches Gutachten vom 15. August 2017 [act. II 108.1/28]). Dr. med. E. _____ ging im August 2017 davon aus, dass die Veränderungen ab 2014 sehr wahrscheinlich in psychosozialen Umständen am Arbeitsplatz begründet seien (act. II 108.1/25). Auch Dr. med. F. _____ beobachtete eine Verstärkung der interaktionellen Problematik unter psychosozialer Belastung (act. II 177.1/24). Bereits im Gutachten von Dr. med. E. _____ war eine Veränderung des Verhaltens des Beschwerdeführers seit 2014 thematisiert und beurteilt worden. Darin beschrieb Dr. med. E. _____ im Wesentlichen dasselbe Verhalten bzw. dieselben Reaktionen wie später der Gutachter Dr. med. F. _____. Übereinstimmend war die Einschätzung der Gutachter ausserdem bezüglich der festgestellten Aggravationstendenz. Dr. med. E. _____ hob diesbezüglich hervor, dass es "Anzeichen einer Aggravation" gebe (act. II 108.1/29), was sich auf eine testmässige Erhebung (act. II 108.1/24) sowie auf der ungenauen, unklaren und zum Teil diskrepanten Symptomschilderung des Beschwerdeführers stützte. Auch Dr. med. F. _____ beobachtete anlässlich der Begutachtung eine negative Antwortverzerrung, was substantielle Zweifel an der Beschwerdeschilderung ergeben habe (act. II 177.1/24 f.).

3.7 Wegen dieser beobachteten Antwortverzerrung bzw. Tendenz zu Aggravation in Begutachtungssituationen hat Dr. med. F. _____ seine Einschätzung vorab aufgrund der Aktenlage und der Anamnese der Behandler vorgenommen und nicht aufgrund der eigenen Untersuchungen (act. II 177.1/24). Auch ein Vergleich des Gutachtens von Dr. med. E. _____ mit den späteren Berichten der behandelnden Ärzte, auf welche Dr. med. F. _____ abgestellt hat, zeigt, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nicht wesentlich verändert hat.

3.7.1 In der Eintrittsanamnese des Berichts der Klinik H. _____ vom 19. Juli 2018 wurde dargelegt, der Beschwerdeführer habe sich nach einem Führungswechsel am Arbeitsplatz ungerecht behandelt gefühlt (act. II 138/22). Es sei deutlich geworden, dass er stark unter der massiven Mobbing-situation gelitten habe (act. II 138/26). Im psychopathologischen Aufnahmebefund wurde u.a. beschrieben, der Beschwerdeführer wirke depri-

miert und müde, es bestehe ein ausgeprägtes Grübeln wegen der Arbeitslosigkeit und der gesundheitlichen Probleme, es bestünden Existenz- und Zukunftsängste, die Stimmung sei bedrückt und der Antrieb vermindert (act. II 138/23). Beim Gespräch mit der Familie sei deutlich zum Ausdruck gekommen, dass die Familie Unterstützung und Ressource für den Beschwerdeführer sei (act. II 138/27). Damit beschrieben die behandelnden Ärzte eine nicht wesentlich veränderte Situation, denn während dieses Aufenthalts standen die Mobbing-situation sowie psychosoziale Belastungsfaktoren und ein sekundärer Krankheitsgewinn, wie sie bereits Dr. med. E. _____ erwähnt hatte, im Vordergrund (vgl. act. II 108.1/25/29/31).

3.7.2 Im Bericht der Klinik H. _____ vom 21. September 2019 wurde dargelegt, der Beschwerdeführer leide an massiven Anspannungszuständen (act. II 138/10). Vom Beschwerdeführer seien vermehrt impulsiv aggressive Verhaltenstendenzen benannt worden, die er mit Mühe unterdrückt und dadurch massive innere Anspannungen erlebt habe und welche letztlich erst durch die Entwicklung dissoziativer Anfälle in Form von Bewusstseinsstörungen zu einer für ihn spürbaren Entlastung geführt haben (act. II 138/12). Ferner nannten die Ärzte den Verlust der zuvor finanziell gut entlohnten Tätigkeit, das auf dem Kränkungs-erleben am Arbeitsplatz resultierende reduzierte Selbstwertgefühl, welches zum vorherrschenden Verbitterungserleben geführt habe (act. II 138/12). Bereits Dr. med. E. _____ hatte beschrieben, dass die affektive Resonanz leicht zum Negativen hin verschoben sei, sie könne jedoch ausgelenkt werden. Auffällig sei ein klagender und leidender Grundton in der Kommunikation (act. II 108.1/21). Die behandelnden Ärzte beschrieben im Vergleich zum Gutachten von Dr. med. E. _____ einen nicht wesentlich geänderten Zustand, gingen jedoch von einer negativistischen Persönlichkeitsstörung aus, wobei sie diese nicht testdiagnostisch sicherten (act. II 138/12). Sie stellten insbesondere auch auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers ab. Infolgedessen ist von einer anderen Beurteilung desselben Sachverhalts auszugehen.

3.7.3 Die Zuweisung für den Aufenthalt in der Klinik K. _____ erfolgte laut Bericht der Psychoedukation vom 20. März 2019 zur Diagnosesiche-

rung der psychogenen, nicht epileptischen Anfälle (act. II 156/19). In der Störungsanamnese erklärte der Beschwerdeführer, dass er Schwierigkeiten habe, sein Leben so zu akzeptieren wie es jetzt sei. Er fühle sich wertlos und könne nicht arbeiten. Er leide insbesondere unter dem Verlust des Arbeitsplatzes, der Erwerbslosigkeit und der finanziellen Situation (act. II 156/20). Diese Beschreibung entspricht der psychosozialen Belastungssituation wie sie bereits Dr. med. E._____ beurteilt hatte. Weiter wurden die bereits bekannten rezidivierenden Episoden mit Bewusstlosigkeit bzw. nicht epileptischen Anfälle thematisiert und Entspannungstechniken eingeübt sowie die Familienmitglieder informiert, damit sie besser mit den Anfällen umgehen könnten (vgl. act. II 138/4, 156/21). Eine Verschlechterung der gesundheitlichen Situation ist aus diesem Bericht ebenfalls nicht ersichtlich.

3.7.4 In den Berichten vom 17. Juni 2019 (act. II 134) und vom 15. September 2019 (act. II 149/3 ff.) begründete die behandelnde Psychiaterin Dr. med. O._____ eine von ihr postulierte Verschlechterung mit den zwei längeren psychiatrischen Hospitalisierungen. Wie oben dargelegt, ist jedoch seit 2017 keine Verschlechterung der Situation nachgewiesen. Zudem ist – insbesondere bezüglich der geltend gemachten vorübergehenden schweren depressiven Episoden – anzumerken, dass keiner der Hospitalisierungen länger als drei Monate dauerte (vom 23. Mai bis 11. Juli 2018 [act. II 138/22] und vom 19. September bis 19. November 2018 [act. II 138/9]; vgl. Art. 88a Abs. 2 IVV).

3.8 Schliesslich handelt es sich bei den unterschiedlichen Diagnosen ebenfalls um eine andere Beurteilung desselben medizinischen Sachverhalts. Im Gegensatz zur Beurteilung durch Dr. med. E._____ ging Dr. med. F._____ – wie bereits erwähnt (vgl. E. 3.6 hiervor) – nunmehr von einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit vor allem ängstlich-vermeidenden und abhängigen, aber auch histrionischen Anteilen (ICD-10 F61.0 [act. II 177.1/22]) aus, welche die Arbeitsfähigkeit massgeblich beeinflusse (act. II 177.1/25). Zur Begründung der Diagnose führte er aus, es liege eine Verstärkung der interaktionellen Problematik des Beschwerdeführers unter psychosozialer Belastung mit weiterführender Regression und fehlender Wirksamkeit von Medikamenten vor, diese Entwicklung lasse die

Diagnose einer Persönlichkeitsstörung zu, die auch mit Blick auf die aktuelle klinische Beurteilung plausibel sei (act. II 177.1/24). Soweit der Gutachter Dr. med. F. _____ die Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung ausdrücklich mit der psychosozialen Situation und daraus folgender Reaktion des Beschwerdeführers im Sinne einer Verschlechterung des Zustandsbildes begründet, ist dies nicht auf eine Veränderung des Gesundheitszustandes zurückzuführen, nannte er doch die gleichen Befunde wie sie bereits durch Dr. med. E. _____ beschrieben wurden: Der Beschwerdeführer zeige sich leidend, mit einem Hang zur Dramatik, verbittert, mit einer depressiven Grundstimmung, antriebs- und perspektivlos (act. II 177.1/24 oben). Auch mit dem Verlauf (vgl. act. II 177.1/25) und aufgrund der Hospitalisationen (vgl. E. 3.7 hiervor) lässt sich keine Verschlechterung im Sinne einer nunmehr entstanden kombinierten Persönlichkeitsstörung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit begründen. Abgesehen davon könnte sich eine Persönlichkeitsstörung auch nicht erst seit Erlass der Verfügung vom 17. Oktober 2017 entwickelt haben. Spezifische Persönlichkeitsstörungen, kombinierte und sonstige Persönlichkeitsstörungen und anhaltende Persönlichkeitsänderungen (F60-F62) umfassen tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigen. Persönlichkeitsstörungen unterscheiden sich von Persönlichkeitsänderungen durch den Zeitpunkt und die Art und Weise ihres Auftretens. Sie beginnen in der Kindheit oder Adoleszenz und dauern bis ins Erwachsenenalter an (DILLING/MOMBOUR/SCHMITT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl., S. 274). Es wird nicht nachvollziehbar dargelegt, dass diese Voraussetzungen erfüllt wären, denn der Gutachter Dr. med. F. _____ thematisierte keinen Beginn in der Kindheit oder Adoleszenz, sondern erwähnte in der Krankheitsanamnese, dass es in der Kindheit und Jugend keine Auffälligkeiten gegeben habe, mit Ausnahme des Suizids eines ..., was den Beschwerdeführer sehr "mitgenommen" habe, dann sei es ihm allerdings wieder bessergegangen und er habe ein normales Familien- und Arbeitsleben geführt. Dr. med. F. _____ führte weiter aus, es sei erst im Jahr 2014 – nachdem der Beschwerdeführer Probleme mit einem Vorgesetzten bekommen habe – zu einer extremen Belastung und zu den ersten nicht-epileptischen Anfällen gekommen (act. II 177.1/15). Ferner verwies er auf

den bisherigen Verlauf seit 2014, welcher durch eine stetige Verschlechterung seit 2014 mit weitgehender Behandlungsresistenz gekennzeichnet gewesen sei und veranschlagte eine gewisse Einschränkung in einer angepassten Tätigkeit bereits seit Februar 2015, d.h. bereits zu einem Zeitpunkt, welcher schlüssig durch Dr. med. E. _____ beurteilt worden war. Er kritisierte denn auch indirekt das Gutachten von Dr. med. E. _____, indem er darlegte, die Diagnosen (in Bezug auf die Persönlichkeitszüge und die dissoziativen Zustände im Sinne von nicht-epileptischen Anfällen) seien "unterlassen" worden (act. II 177.1/24) bzw. führte dies selber auf eine unterschiedliche Bewertung des gleichen Sachverhalts zurück. Der medizinische Sachverhalt wurde jedoch bis zur Verfügung vom 17. Oktober 2017 abschliessend abgeklärt und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in der durch das Verwaltungsgericht geschützten Verfügung rechtskräftig beurteilt. Dazu wurde auf das schlüssige Gutachten von Dr. med. E. _____ von August 2017 abgestellt, in welchem keine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert worden war (vgl. VGE IV/2017/1002, E. 3.1.14 [act. II 122/12], E. 3.4 [act. II 122/18]). Dem Vorbringen des Beschwerdeführers, die Diagnose von Dr. med. F. _____ stehe in Kontinuität zu den diagnostizierten akzentuierten ängstlich-unsicheren Persönlichkeitszügen des psychiatrischen MEDAS-Teilgutachtens vom 28. Oktober 2016 (Beschwerde S. 4), kann nicht gefolgt werden, kommt doch diesem Gutachten – wie bereits erwähnt (vgl. E. 3.5 hiavor) – kein Beweiswert zu.

3.9 Unter diesen Umständen kann die Frage, ob die vom Gutachter Dr. med. F. _____ attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % auch in einer angepassten Tätigkeit auf Aggravation zurückzuführen ist, letztlich offenbleiben.

3.10 Zusammenfassend steht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest, dass im massgebenden Zeitraum (vgl. E. 3.1 hiavor) in psychiatrischer Hinsicht keine wesentliche Änderung des medizinischen Sachverhalts und der damals festgestellten Arbeitsfähigkeit eingetreten ist. Es gilt weiterhin eine Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer angepassten Hilfstätigkeit (vgl. act. II 108.1/30; VGE IV/2017/1002, E. 3.6 [act. II 122/23]).

4.

In somatischer Hinsicht ist von der Beurteilung des RAD-Arztes Dr. med. P._____ auszugehen, wonach keine neuen Gesichtspunkte mit Leistungsrelevanz vorlägen. Diese Einschätzung wird schlüssig begründet, insbesondere steht fest, dass bei einer Zunahme des Linsenstars ein operativer Eingriff die Beschwerden beheben könne (act. II 160/6 f.). Damit liegen auch aus somatischer Sicht keine Hinweise auf eine wesentliche Änderung des medizinischen Sachverhalts vor. Der Beschwerdeführer bringt dagegen keine substantiierten Argumente vor.

5.

Aus den Dargelegten geht hervor, dass im revisionsrechtlichen Kontext eine unerhebliche andere Beurteilung des im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts vorliegt. Da kein Revisionsgrund nach Art. 17 ATSG (analog) auszumachen ist, verneinte die Beschwerdegegnerin mit angefochtener Verfügung vom 26. Oktober 2020 zu Recht einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers. Die Beschwerde ist abzuweisen.

6.

6.1 Gemäss aArt. 69 Abs. 1^{bis} IVG in der bis 31. Dezember 2020 gültig gewesenen und hier anwendbaren Fassung (vgl. Art. 82a ATSG) ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1

VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

6.2 Es besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Kammerpräsidentin:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öf-

fentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.